

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

*Харленок В.И., Журавлев А.Ю., Семенюк А.К.,
Конопелько Е.А., Найдович И.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Внутриматочная контрацепция является одним из распространенных методов регуляции рождаемости, который используют около 20% белорусских женщин.

В настоящее время не существует идеального метода контрацепции со 100% эффективностью, который можно было бы рекомендовать всем женщинам. Все современные методы имеют противопоказания к применению, использование их сопровождается рядом побочных эффектов, осложнений и неудач. Поэтому актуальным является создание безопасных или совершенствование известных технологий применения современных методов контрацепции, в том числе и внутриматочной. Возможность развития осложнений, особенно гнойно-септического характера могут ограничивать приемлемость этого метода.

Риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза при наличии ВМК объясняется рядом факторов. В момент введения спирали возможен перенос патогенных микроорганизмов из нижних отделов половой системы в верхние; по мнению некоторых авторов, не исключена возможность распространения бактерий по нитям ВМК. Кроме того, внутриматочные контрацептивы нарушают слушивание эндометрия во время менструации, подавляют фагоцитоз и другие факторы локальной иммунной защиты, способствуют появлению микроэрозий и перифокальной воспалительной реакции стромы эндометрия матки.

В настоящее время установлено, что изменения состава микрофлоры влагалища, которые нередко протекают бессимптомно, патогенетически связаны с широким спектром акушерских и гинекологических осложнений. Снижение колонизационной резистентности микрофлоры влагалища создает условия для восходящего инфицирования слизистой оболочки матки и маточных труб и способствует развитию воспалительных заболеваний органов малого таза.

Цель настоящего исследования — установить состояние микроценоза влагалища, цервикального канала, ВМС и определить чувствительность флоры к антибиотикам и антисептикам. На основании полученных данных предложить профилактику воспалительных осложнений при использовании внутриматочной контрацепции.

Материал и методы исследования. Проведено исследование микрофлоры влагалища, цервикального канала, ВМС у 25 женщин. Взятие материала для микробиологического исследования проводили во время планового удаления внутриматочного контрацептива в амбулаторных условиях. Материал забирали из заднего свода влагалища, цервикального канала, ВМС и «усиков» ВМС.

Микробиологическая диагностика оппортунистических инфекций включала посев вагинального отделяемого для выделения факультативно анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов на кровяной агар по Радоману В.Е. и микроскопию вагинальных мазков, окрашенных по Грамму. До удаления ВМС определяли pH влагалища.

Из цервикального канала материал помещали в транспортную среду (сахарный бульон), также производилось бактериологическое исследование и микроскопия мазка после окрашивания по Грамму.

В пробирки с транспортной средой отдельно помещались ВМС и «усики» ВМС, пробирки доставлялись в лабораторию в течение 24 часов.

В лаборатории проводилось определение микрофлоры, чувствительности ее к антибиотикам различных групп и антисептикам, наиболее часто применяемым в гинекологии.

Результаты исследования и обсуждение. Показаниями для удаления ВМС в 88% случаев было длительное стояние ВМС (от 5 до 11 лет), в 6% - кровотечения, в 6% - эндоцервицит.

В результате проведенных лабораторных исследований были выделены следующие условно-патогенные микроорганизмы (в монокультуре или в ассоциации друг с другом): *Streptococcus* группы В (12%), *Escherichia coli* (20,8%), *Enterococcus* sp (4,16%), *Ps.auriginosa* (8,3%), *Staphylococcus* (62/%), из них *aureus* (12,5%), *xylosis* (8,3%), *epidermicus* (25%), *chromogenus* (8,3%), *sciuri* (4,16%). У 2 женщин выявлена *Candida*. Количество лактобацилл в титре 5.10/6 и менее определено у 57% обследованных женщин. pH влагалища в среднем было 5.8. На ВМС и «усиках» определялась та же флора, преимущественно *Staphylococcus* и *Escherichia coli*. В 16,6% случаев (в группе женщин с воспалительными заболеваниями) на «усах» ВМС, кроме этой флоры, определялись *Streptococcus*, *Ps.auriginosa*. На ВМС,

которые удалялись из-за длительного стояния, только в 4,16% случаев не была выделена микрофлора.

Профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия накануне введения и извлечения ВМС признается всеми исследователями. Нами у всех обследованных определялась чувствительность микроорганизмов к 26 антибиотикам различных групп. При применении этого метода выявлена чувствительность всех микроорганизмов к следующим антибиотикам: цефалоспорином (ципрофлоксацин, цефазолин, цефатоксим); аминогликозидам (гентамицин, амикацин); линкозаминам (клиндамицин). Поэтому с целью профилактики гнойно-септических осложнений необходимо использовать именно эти препараты.

Асептическое введение и удаление ВМС расценивается большинством исследователей как основной фактор профилактики ВЗОТ. Одним из эффективных путей подхода к этой проблеме является применение местных антимикробных средств. Профилактика инфекций при установке и извлечении ВМК состоит в использовании доступных методов и реагентов для обработки влагалища накануне введения и удаления ВМС. Вся флора, выделенная в процессе исследования, была чувствительна к иодопирону, 1% диоксидину, 0,5% риванолу, 0,05% хлоргексидину, 3% борной кислоте, которые и нужно использовать для обработки влагалища накануне операции.

При установке ВМК также очень важно выполнять все стандартные этапы введения контрацептива, используя бесконтактную технологию, что позволяет вводить ВМК в асептических условиях.

Выводы. Результаты проведенных ранее и данных настоящего исследования позволили сделать вывод, что воспалительные осложнения при использовании с целью контрацепции внутриматочных средств можно предупредить при соблюдении следующих мер:

1. Проведение тщательного обследования женщин для выявления противопоказаний к применению ВМС.
2. Использование дифференцированного подхода к выбору модели ВМС, исходя анамнеза, состояния репродуктивного здоровья, образа жизни женщины, планов на будущее деторождение, времени введения контрацептива.
3. Применение правильной техники введения внутриматочного контрацептива с использованием бесконтактной подготовки ВМС к введению.
4. Использование оптимальных сроков для его установки.

5. Профилактическое назначение антибиотиков и ингибиторов простагландиногенеза в первые дни после введения и в течение трех первых менструальных циклов во время месячных, а также при извлечении ВМС с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.

6. Качественное диспансерное наблюдение в течение всего времени использования ВМС.

7. Строгое соблюдение сроков возможного применения внутриматочных средств (извлечение по завершении срока применения и при появлении показаний). Необходимо проводить разъяснительную работу среди медицинских работников и населения о необходимости удаления ВМК, сроки применения которых истекли.

8. Удалять ВМК, длительно находящиеся в полости матки, необходимо после бактериологического и бактериоскопического обследования. При выявлении любых признаков воспаления удалять ВМК необходимо под антибактериальным прикрытием.

Литература:

1. Основы микробиологической диагностики для практических врачей, правила забора, хранения и пересылки бактериологического материала: методические рекомендации / А. Н. Косинев [и др.]. – Витебск, 2000. – 18 с.

2. Вагиниты смешанной этиологии: рациональная терапия и профилактика рецидивов / В. Н. Серов [и др.] // АГ-инфо. – 2001. – №2. – С. 5-6.

3. Стрижаков, А. Н. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки / А. Н. Стрижаков, Н. М. Подзолкова. – М.: Медицина – 1996. – 255 с.

4. Руководство по контрацепции: пер. с англ. / Р. А. Хетчер [и др.]. – Русское международное издание, 1994. – 504 с.